

## Historia Dental

### MOTIVO DE LA CONSULTA

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Sexo: Masculino\_\_ Femenino\_\_

¿Tiene su hijo/niño al que representa legalmente algún problema dental? S \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_

Por favor escriba cuál: \_\_\_\_\_

### Historia de la enfermedad presente (HPI, por sus siglas en inglés)

#### Su hijo/niño al que representa legalmente:

1. ¿Tiene buena salud? S \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_
2. ¿Siente sus glándulas del cuello inflamadas constantemente? S \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_

#### **HISTORIA MÉDICA**

#### Su hijo/niño al que representa legalmente:

1. ¿Está bajo el cuidado de un médico? S \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_  
Nombre, Ciudad y No. de telefónico del médico: \_\_\_\_\_
2. ¿Está tomando, o ha tomado alguna vez, medicamentos bisfosfonatos (medicamentos para endurecer los huesos)? S \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_
3. ¿Tiene sangrado anormal? S \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_
4. ¿Tiene válvulas cardíacas artificiales o articulaciones artificiales? S \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_
5. ¿Está siendo tratado por alguna condición que requiera que tome antibióticos antes de recibir tratamiento dental? S \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_
3. ¿Alguna vez ha tenido algún problema asociado a algún tratamiento dental previo? S \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_

Por favor explique: \_\_\_\_\_

Sabe usted, o alguna vez un médico le ha dicho que su hijo/niño al que representa legalmente tiene alguno de los siguientes síntomas y/o condiciones:

**Por favor marque (✓) en la casilla apropiada.**

CONDICION MÉDICA	Sí	No	CONDICION MÉDICA	Sí	No
1. Cardiopatía/ Enfermedad cardíaca			34. Ictericia		
2. Infarto de miocardio/Ataque al corazón			35. Cirrosis		
3. Angina de pecho			36. Hepatitis A		
4. Ictus / Derrame cerebral			37. Hepatitis B		
5. Cardiopatía reumática			38. Hepatitis C		
6. Endocarditis			39. Enfermedad autoinmunitaria		
7. Soplo cardíaco			40. Lupus		
8. Marcapasos			41. VIH		
9. Hipertensión (Presión arterial alta)			42. SIDA		
10. Hipotensión (Presión arterial baja)			43. ETS (Enfermedades de transmisión sexual)		
11. Dolor torácico /Dolor en el pecho			44. Diarrea crónica		
12. Disnea / dificultad para respirar			45. Acidez		
13. Alergias estacionales			46. Reflujo gastroesofágico (de ácido)		
14. Sinusitis			47. Úlceras		
15. Asma			48. Convulsiones		
16. Enfermedades respiratorias			49. Epilepsia		
17. Enfisema			50. Síncope (Desmayos)		
18. EPOC (Enfermedad pulmonar obstructiva crónica)			51. Enfermedad mental		
19. Fibrosis quística			52. Depresión		
20. Bronquitis			53. Ansiedad		
21. Tos crónica			54. TDAH (trastorno por déficit de atención e hiperactividad)		
22. Tuberculosis			55. Síndrome de Down		
23. Trastornos de coagulación			56. Autismo		
24. Hemofilia			57. Parálisis cerebral		
25. Anemia de células falciformes			58. Artritis		
26. Anemia			59. Artritis reumatoide		
27. Diabetes			60. Osteoporosis		
28. Enfermedad de la tiroides			61. Cáncer (tumores)		
29. Hipertiroidismo			62. Irregularidad Menstrual		
30. Hipotiroidismo			63. ¿Alguna otra enfermedad o condición que deberíamos saber?		
31. Enfermedad renal (de los riñones)					
32. Diálisis			Por favor escriba:		
33. Enfermedad del hígado					

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Fecha Nacimiento: \_\_\_\_\_

### MEDICAMENTOS ACTUALES

1. ¿Esta su hijo/niño al que representa legalmente tomando algún medicamento? S \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_
2. Por favor enumere todos los medicamentos con y sin receta (indicando la concentración y dosis) que su hijo/o niño al que representa legalmente esté tomando:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

### ALERGIAS/INTOLERANCIAS

1. ¿Tiene su hijo/niño al que representa legalmente alguna alergia? S \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_
2. ¿Su hijo/niño al que representa legalmente es alérgico a, ha tenido alguna reacción a, o le han dicho que no debe tomar alguno de los siguientes medicamentos:

Látex \_\_\_\_\_ Penicilina \_\_\_\_\_ Sulfamidas \_\_\_\_\_ Codeína \_\_\_\_\_ Anestesia Local \_\_\_\_\_

3. Por favor indique cualquier otra alergia:

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

### HISTORIA QUIRÚRGICA

1. ¿Su hijo/niño al que representa legalmente ha sido operado o ha tenido alguna enfermedad grave? S \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_

2. ¿Cuál fue la enfermedad o de qué lo operaron? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. ¿Su hijo/niño al que representa legalmente ha recibido radiación para tratar un tumor? S \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_

4. ¿Su hijo/niño al que representa legalmente lo han operado para reemplazar una articulación? S \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_

Tipo: \_\_\_\_\_

5. ¿Su hijo/niño al que representa legalmente lo han operado para de reemplazar válvulas cardíacas? S \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_

### HISTORIA DE HOSPITALIZACIÓN

1. ¿Su hijo/niño al que representa legalmente ha sido hospitalizado? S \_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_

2. ¿Por cuál razón? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

Yo certifico que he leído y entiendo lo anterior expuesto. Reconozco que mis preguntas, si hubo alguna, sobre lo expuesto anteriormente han sido contestadas satisfactoriamente. Yo no haré responsable a mi dentista, o a cualquier otro miembro de su personal, de los errores u omisiones que yo pueda haber cometido al llenar este formulario.